

에이즈환자에게 구강질환은 흔해

모든 HIV 감염자는 구강질환을 적어도 한가지 이상 가지고 있는데, 그 범위는 양성질환에서 중증질환 및 사망에 이르는 치명적인 상태에 이르기까지 다양하다.



허애정
일산병원 감염내과

인간면역결핍바이러스(HIV) 초감염은 심한 아프타구내염과 입인두 및 식도 칸디다증과 연관되어 있으며, 점차 감염이 진행되고 면역기능이 저하됨에 따라 여러 가지 구강내 합병증들을 나타내게 된다. 질환의 말기에는 구강질환이 아주 흔하며, 매우 심각한 상태를 보인다.

또한 구강구조의 변화나 치아소실 등 외형상의 문제를 유발할 수 있으므로, 이에 대한 관심도 기울여야 한다. 가장 흔한 원인은 이차적 감염질환이며, 그밖에 림프종 및 카포시육종도 발생할 수 있다.

치료를 시작하지 않은 감염자에서 아구창, 털백색판증(hairy leukoplakia), 아프타 궤양 등이 가장 흔한 구강질환이며, 특히 칸디다증에 의한 아구창과 EBV에 의한 털백색판증은 일반적으로 CD4+ 림프구의 수가 감소된 경우에 호발하며, 면역기능장애가 진행되어 있음을 반영한다. 일반적인 구강병변의 진단법, 검사소견 및 치료에 대해서는 다음의 표 1, 2에 요약하여 설명하였다. 이중 몇가지 질환에 대해서 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다.



① 구강 칸디다증

구강 칸디다증은 가장 흔한 기회감염질환으로 호발부위는 연구개이나 볼측점막, 혀, 잇몸, 인두 등에서도 흔하게 관찰된다. 가장 흔하게 감염을 일으키는 종은 *Candida albicans*이며 면역기능의 저하가 진행됨에 따라 칸디다증의 발생빈도가 증가되는데, 특히 CD4+ 림프구 수가 200~300/mm³ 이하로 감소될 경우에 호발한다.

또한 구강칸디다증 자체가 기회감염이기 때문에 질환의 진행이나 후천성면역결핍증후군으로의 이행의 지표가 된다. 주로 연구개, 입인두 후벽, 편도 및 볼측점막의 홍반성 점막 위에 설암자로 제거되는 백색의 치즈양 삼출물 소견을 나타낸다(사진 1).

칸디다증의 진단은 대개 이학적 소견만으로 이루어지며, 병변에서 칼과표본을 얻어 KOH(표1 참고) 처리후 가성균사를 확인하는 것이 진단적이고 용이한 방법이다.

그의 항진균제의 투여 및 그 효과관찰도 진단에 도움을 줄 수 있으며 대부분의 병변이 국소적 또는 전신적 항진균제 치료에 대해 비교적 잘 반응한다.



탈백색판증은 후천성면역결핍증후군(AIDS)의 약 30%에서 경험하게 되는데 혀의 외측경계부위에 발생하는 백색의 나뭇잎모양의 병변으로 흔히 나타나며(사진 2), 드물게 인접한 볼측 점막(buccal mucosa)에도 생길 수 있다. CD 4+ 림프구 수가 감소됨에 따라 발생빈도가 증가하고, 명칭과 달리 전암병변은 아니며 Epstein-Barr virus(이하 EBV)의 활발한 증식과 관련되어 있다.

진단은 시잔상의 특징적 병변이나 백색판이 설암자로 제거되지 않는 소견을 관찰함으로써 가능하며, 항진균제에 대한 반응 관찰 및 병변조직이나 침과표본에서 EBV를 동정하는 것도 도움이 된다. 큰 병변의 경우 드물게 식욕저하, 불편감 등을 유발하지만 대개 무증상인 경우가 많으며, 그 자체가 치료를 요하기보다는 HIV와 관련된 면역결핍의 지표로서 고려된다.

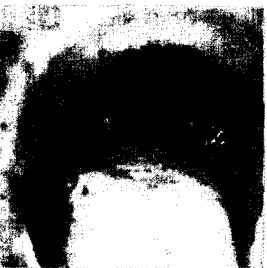


HIV 감염 시에 다양한 구강내 궤양성 병변이 발생할 수 있다. 단순헤르페스바이러스(이하 HSV) 1형 및 2형 모두 일차성 또는 재발성 궤양의 원인이 될 수 있으며, 병변은 입술, 볼측 점막 및 경구개의 홍반성 기저부위에 대개 크기가 작고, 경계가 부드러운 궤양의 형태로 나타난다(사진 3). 단발성 또는 다발성 궤양을 형성하고 통증을 동반하며 비감염자에 비하여 병변의 범위가 넓으며, 오랜 기간 지속된다.

구강헤르페스병변은 표피세포를 특징으로 하며 비감염자에 비해서 광범위한 조직파괴 및 상처치유 지연을 나타낸다. Acyclovir가 일차적 치료 및 재발방지에 도움이 되며 반응이 불충분하거나 acyclovir 유지요법중에 병변이 발생되는 경우에는 일반적으로 foscarnet을 투여한다. 단순헤르페스바이러스는 사람간 접촉, 손이나 의료기구 등을 통한 간접적인 전파도 가능하고 감염부위로부터 다른 부위로의 자가접종에 의한 전파가 가능하므로 병변접촉후 손씻기를 철저히 해야 한다.

HIV 감염자에서 입인두 후벽의 아프타구내염 및 궤양은 흔히 관찰되는 소견으로, 명확한 원인은 현재까지 밝혀져 있지 않으며, 이로 인한 연하장애 및 심한 통증이 임상적으로 문제가 된다. 아프타궤양은 대부분 통증을 동반하며, 단발성 또는 다발성으로 발생하는데 일부에서 삼출물이나 괴사소견을 나타내기도 한다(사진 4).

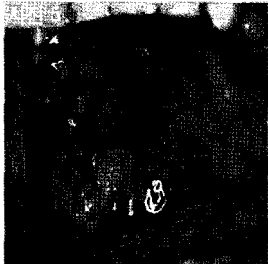
발생빈도는 비감염자에서와 유사하나 병변이 중증도가 더 심하고 오래 지속되는 특징이 있다. 장기간 지속될 경우 국소적으로 스테로이드나 thalidomide 투여가 도움이 될 수 있으며, 국소적인 진통제 투여는 즉각적인 증상완화에 도움이 되나 지속 시간이 짧다.





잇몸염(gingivitis)은 잇몸의 경계부위에 생기는 동통성 염증병변으로 잇몸조직내의 다양한 미생물의 증식과 연관되어 있는 것으로 생각된다. 대부분 치아와 잇몸경계부위에 밝은 적색의 가는 선모양의 소견을 보이며, 원인균주는 그람음성간균인 경우가 많다. 치료받지 않고 방치될 경우 치주염으로 진행하게 되므로 환자를 진료하는 의료진이 이를 조기에 발견하여 치료하는 것이 중요하다. 구강위생관리, 올바른 칫솔질 및 2~3개월간격의 치석제거 등으로 관리하도록 권유하며, 배타딘, chlorhexidine gluconate와 같은 방부제(antiseptics)를 사용하여 규칙적으로 구강세척하는 것도 간단하지만 상당한 도움을 줄 수 있는 방법이다.

치주염(periodontitis)은 뼈와 기타 치아주변의 지지조직의 피사를 특징으로 한다. 비감염자에서도 흔하고 일반적으로 느린 경과로 진행되나 HIV 관련 치주염의 경우 증상, 병변상태가 중하고 악화되어 치아소실을 가져오는 경우가 많다. 원인은 병변 부위의 다양한 미생물 파다증식과 연관된 것으로 알려져 있으며 내원전에 극심한 통증을 경험하는 경우가 흔하다. 대부분 치료는 앞에 설명한 잇몸염에서와 동일하며 그 외 전신적인 항생제 치료를 고려할 수 있다. 방부제(antiseptics)로 규칙적인 구강세척을 하는 것이 매우 중요하며, 죽은조직제거술도 필수적이다.



카포시육종의 적자주색의 병변은 구강내 어느 부위에나 생길 수 있으며, 특히 구개부위에 호발한다. 진행하여 결절성의 큰 병변을 형성할 수 있으며(사진 5), 보고에 따라 차이가 있지만 대개 HIV 감염자의 약 30%에서 발생하는 것으로 알려져 있다.

비호지킨림프종이나 편평상피세포암도 드물게 부종 또는 궤양 형태의 구강병변으로 나타나며(사진 6), 진단을 위해서는 조직검사가 필요하다.



기회감염의 하나인 유두종바이러스 감염 시에 사마귀(warts)라는 병변이 생길 수 있는데 이러한 구강병변을 유발하는 바이러스는 성접촉에 의해 전파되지 않으며 전암병변이 아닌 것으로 알려져 있다. 치료는 수술적 요법이나 레이저치료로 병변을 제거하는 것이나 바이러스 자체에 대한 근본적인 치료가 아니므로 동일한 부위나 구강내 다른 부위에 재발할 수 있다.

ketconazole 및 zidovudine은 구강내 갈색의 색소침착을 유발할 수 있다. 그 외에 CD 8+ 림프구의 침윤이나 림프상피세포모양 낭종에 의한 침샘의 확대소견을 보일 수 있는데, 대부분 항레트로바이러스제제로 치료 시에 잘 반응한다.

표 1 구강질환의 진단법 및 소견

진단방법	검사소견
KOH 도말 표본 현미경검사 배양	특징적인 진균 세포 관찰 미생물 동정 (HIV 관련 치주염 및 잇몸염의 경우는 거의 도움이 되지 않음)
조직검사	미생물이나 종양세포 관찰
사진(visual examination)	특징적인 구강병변 관찰

표 2 구강질환의 치료

약물치료	
칸디다증	clotrimazole 10 mg씩 하루 5회 국소도포(식도칸디다증은 제외) 또는 fluconazole 첫날 200mg, 이후 하루 100 mg 경구투여
혈백색관종	통상 특별한 치료하지 않음 중증에서 acyclovir 10 mg/kg, 8시간 간격, 7일간 정주투여
HIV 관련 치주염 및 잇몸염	국소적 베타딘 및 chlorhexidine gluconate 투여 metronidazole 500 mg, 12시간 간격, 경구투여 (약물치료는 반드시 죽은조직제거술(debridement)과 병행해야 함)
단순헤르페스바이러스 감염	병변 지속시 : acyclovir, 200~400 mg 하루 5회 1~2주간 경구투여 (재발 방지 : 400 mg 하루 2회, 경구투여 유지) acyclovir 내성 : foscarnet, 40 mg/kg 8시간 간격, 3주간 정주투여 (재발방지 : 40mg/kg 하루 1회 정주투여 유지)
카포시육종	병변내 vinblastine 0.1mg/cm ² 또는 3% Na tetradecyl sulfate 투여
림프종	항암화학요법 (CHOP 또는 BACOD + G-CSF)
이프타게양	국소적 스테로이드 주입 또는 thalidomide 투여
기타질환에 의한 구강통증	국소적 진통제 투여, 필요시 전신적인 진통제 또는 마약제제 사용

수술적 치료 및 치과적 치료

카포시육종 및 림프종에 대한 방사선 치료 및 수술적 제거
 매 2~3개월마다 구강청소 및 치석제거, 죽은조직제거술(debridement)
 사마귀(warts)에 대한 CO₂ 레이저치료

일반적 처치

상대적인 탈수, 전해질 불균형 및 영양결핍상태에 대하여 정맥수액요법 및 영양공급
 구강위생에 대한 환자교육